DE L'EXTIRPATION

N° 147.

DES

GLANDES PAROTIDE ET SOUS-MAXILLAIRE

ET DES TUMEURS

SITUÉES DANS LES RÉGIONS OCCUPÉES PAR CES ORGANES.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 21 décembre 1838;

PAR **SAVOURNIN** (LOUIS-JUSTIN),

d'AIX (Bouches-du-Rhône),

ancien Interne de l'Hôpital civil et militaire d'Aix;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> En tout genre, l'étude nous amène jusqu'à la porte de la pratique ; après quoi, celle-ci fait la facilité du savoir.
>
> J.-J. ROUSSEAU, *Lettre V sur la Botanique.*

Montpellier,

CHEZ JEAN MARTEL AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

près de la Place de la Préfecture, 10.

1838.

AUX MANES

DE MON PÈRE.

Regrets éternels !...

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Faible témoignage de ma tendresse filiale et de ma sincère reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle a faits pour mon éducation.

A MES SŒURS.

Gage de la plus sincère amitié.

L.-J. Savournin.



DE L'EXTIRPATION

DES GLANDES PAROTIDE ET SOUS-MAXILLAIRE

et des Tumeurs

SITUÉES DANS LES RÉGIONS OCCUPÉES PAR CES ORGANES.



Lorsque, s'occupant des opérations qui se pratiquent dans les régions du cou, on parcourt les observations nombreuses d'extirpation de la glande parotide, publiées par les différents auteurs du siècle dernier, on a lieu d'être étonné de la sécurité avec laquelle les chirurgiens entreprenaient une semblable opération, et de la simplicité des résultats qu'ils en obtenaient. C'est ainsi que Garengeot nous annonce que l'ablation de cette glande ne cause presque jamais d'hémorrhagie ; tandis que Gooch, Palfin, Scultet, Burgras, etc., nous donnent des exemples de cette opération, sans parler de l'artère carotide externe ni du nerf facial. Alix peut même enlever une parotide squirrheuse, du poids de quatre livres, sans produire la moindre effusion de sang. Que conclure de tous ces faits, sinon que les chirurgiens, trompés par les rapports intimes de cette glande avec les ganglions lymphatiques voisins et dégénérés, ont cru souvent l'enlever quand ils n'enlevaient que ces ganglions eux-mêmes? Comment expliquer autrement leur silence sur les parties qui doivent nécessairement être intéressées dans cette

opération? En effet, l'ablation entière suppose toujours la lésion du tronc de l'artère carotide externe et celle du nerf facial; et l'ablation partielle est ordinairement suivie d'une hémorrhagie, souvent difficile à réprimer, provenant de la division d'un grand nombre de branches ayant des rapports directs avec la glande. Or, toutes les observations antérieures à celles de Béclard (1823) étaient loin de nous avoir fourni tous les détails et toutes les preuves capables de nous faire croire à l'éradication totale de cet organe. Je ne veux point dire pour cela que l'on doive regarder comme non véritables les extirpations des tumeurs faites dans la région parotidienne, et dont les détails nous ont été donnés par des hommes dont la bonne foi ne saurait être suspectée; mais je ne puis les admettre toutes comme ablations totales de la parotide : et j'estime que quiconque aura bien étudié cette glande dans tous ses rapports, ne pourra raisonnablement admettre comme telles, que celles où il a été fait une juste part de l'artère carotide externe et du nerf facial. Pourra-t-on admettre, par exemple, l'authenticité d'une opération semblable à celle dont l'histoire se trouve dans un recueil d'observations fait à Stockholm? C'est celle d'Acrell, qui prétendit avoir enlevé la glande parotide dans sa totalité; l'hémorrhagie qui survint aurait cédé sans trop de peine à une application d'agaric. J'insiste sur la circonstance de l'hémorrhagie, parce qu'elle peut nous faire apprécier, à leur juste valeur, les différentes observations publiées par les chirurgiens relativement au sujet que je traite.

Mais laissons là toutes ces considérations. Mon intention n'est point précisément de prouver la possibilité de l'extirpation de la parotide; les observations de Béclard, de MM. Lisfranc, Gensoul, Heyselder, V. Mott, Roux, plus claires et plus détaillées que celles des chirurgiens qui les avaient précédés, ne laissent plus de doute à cet égard. Je passerai donc sous silence tous les faits que j'ai puisés dans les auteurs, et qui se présentent à ma mémoire; je dirai seulement que, sans me dissimuler la gravité de cette opération, j'ai été conduit, par ces faits et par des recherches d'anatomie topographique et pathologique, à adopter les conclusions de Bérard, savoir : 1° « que l'on peut enlever complétement la glande parotide « squirrheuse; 2° que l'on intéressera nécessairement dans cette opération

« l'artère carotide externe et les branches qui en partent; 3° qu'il est « absolument impossible d'épargner le nerf facial, et que la paralysie d'un « côté de la face est une conséquence inévitable de cette lésion. » M. le docteur Goyrand (d'Aix) a eu deux fois occasion d'extirper des tumeurs profondément engagées dans la région parotidienne: dans un cas, il a enlevé la parotide presque entière et la glande sous-maxillaire. Je vais exposer les détails de ces deux opérations qui ont été recueillis avec soin; je m'efforcerai ensuite de donner quelques vues relatives à ces observations et à celles analogues qui ont été publiées d'autres fois par des praticiens.

Première Observation.

J. Vivier, de Rians (Var), âgé d'environ 30 ans, avait depuis plusieurs années à la région parotidienne gauche, au-dessous de l'oreille, une tumeur du volume d'une petite orange, s'engageant profondément derrière la branche de la mâchoire: cette tumeur était arrondie et à peu près indolente; elle avait résisté à l'action des remèdes fondants. Le malade voulut se débarrasser de cette difformité; il fut opéré, le 11 avril 1835, par M. le docteur Goyrand.

Le malade assis sur une chaise, une incision courbe fut pratiquée, dont la concavité embrassait la tumeur en arrière, et dont les deux extrémités tournées en avant dépassaient en haut et en bas les limites du mal. Le lambeau tracé par l'incision fut détaché d'arrière en avant, et la tumeur ainsi mise à découvert fut accrochée avec une double airigne et détachée à coups de bistouri, avec la précaution de diriger toujours vers elle le tranchant de l'instrument. L'opération laissa un creux profond sous l'oreille et derrière la branche de la mâchoire.

La tumeur, d'un tissu dense, lardacé, homogène, criant sous le scalpel, était recouverte, à sa face profonde, d'une couche de tissu sain de la glande parotide.

Pendant l'opération, la malade eut une syncope incomplète. Trois artères seulement furent liées, et le pansement fut fait immédiatement après, les bords de la plaie ayant été exactement rapprochés. Une heure après le

pansement, il survint une hémorrhagie, qui obligea de lever l'appareil et qui fut arrêtée par la ligature de deux artères. A quatre heures après midi, nouvelle hémorrhagie, ligature d'une autre artère; la nuit suivante l'hémorrhagie se reproduit, elle est arrêtée par une compression exercée sur le lambeau. — Le 12 et le 13, nouvelles hémorrhagies qui sont arrêtées par le même moyen. — Le 14, à onze heures du soir, l'hémorrhagie reparaît : il devient urgent de s'assurer du lieu précis de l'écoulement; le lambeau est détaché, et l'on voit jaillir le sang d'une petite artère située à la partie supérieure et postérieure de la plaie : un petit tampon de charpie imbibé d'eau Binelli, n'arrête l'écoulement du sang que pour quelques heures. — Le 15, à cinq heures du matin, nouvelle hémorrhagie; la créosote, employée de la même manière que l'eau Binelli, n'est pas plus efficace : l'hémorrhagie se reproduit dans la soirée, toujours par le même point; cette fois on exerce sur l'orifice du vaisseau un tamponnement solide avec de la charpie sèche, une pyramide de compresses et une longue bande. Ce pansement excite des douleurs; mais le sang ne coule plus. Cinq jours se passent sans nouveaux accidents. — Le 20, le bandage s'est relâché; le pus coule par dessous. A quatre heures, nouvelle hémorrhagie provenant du même vaisseau; nouveau tamponnement qui est laissé en place les jours suivants. — Le 26, on n'avait plus touché à l'appareil depuis le 20, quand, dans la matinée, survient une nouvelle hémorrhagie, pour laquelle il faut pratiquer un nouveau tamponnement qui l'arrête encore pour sept jours. — Le 1er mai, nouvelle hémorrhagie, toujours fournie par le même vaisseau.

Cette hémorrhagie différait, comme on voit, de celles qu'on observe ordinairement. Le vaisseau qui donnait du sang chez ce sujet, était d'un si faible calibre, que s'il ne s'était pas trouvé dans des conditions toutes particulières, une compression légère eût suffi pour l'oblitérer; cependant ici, à trois différentes reprises, l'hémorrhagie avait été arrêtée pendant cinq, six ou sept jours, après lesquels elle s'était reproduite. Il est probable qu'une ligature qui eût été appliquée sur le vaisseau au moment où il fut ouvert, n'eût pas été plus efficace; car les ligatures qu'on applique sur les vaisseaux de ce calibre, se détachent du sixième au

huitième jour. On ne pouvait pas compter sur la cautérisation avec le fer rouge ; car l'escarre produite par le cautère se détache aussi après sept ou huit jours. Cependant il fallait prévenir le retour de ces hémorrhagies qui avaient déjà découragé et considérablement affaibli le malade. Puisque le tamponnement arrêtait si facilement l'hémorrhagie, M. Goyrand pensa qu'il suffirait que la compression exercée sur l'orifice du vaisseau fût toujours exacte, pour prévenir d'une manière définitive le retour de l'accident. Un nouveau tamponnement fut donc fait, qui fut renouvelé ensuite chaque jour. La plaie avait été long-temps stationnaire; mais, dans la première quinzaine de mai, elle marcha rapidement vers la cicatrisation. Les tamponnements quotidiens furent continués jusqu'au 20 mai, avec le soin de réduire chaque jour le volume du tampon, car la largeur et la profondeur de la plaie diminuaient très-rapidement. Enfin, le 25, le malade s'en retourna chez lui, parfaitement guéri, et ne conservant d'autre trace de son opération qu'une cicatrice profondément enfoncée dans le creux postéro-maxillaire. Tous les mouvements du côté correspondant de la face sont parfaitement conservés.

Je ne vois pas là un cas d'extirpation complète de la parotide. Evidemment, la partie de la glande qui remonte au-devant du lobule et de la conque de l'oreille jusques à l'apophyse zygomatique, et celle qui répond à l'apophyse styloïde et au pharynx, n'ont pas été enlevées : cette dernière n'eût pu l'être sans lésion de l'artère carotide externe et du nerf facial ; mais cet organe a été enlevé en partie; la couche de son tissu encore sain, qui se trouvait sur la face profonde de la tumeur, ne laisse aucun doute à cet égard, et la profondeur de la dépression qui est restée derrière la branche de la mâchoire, le retour si fréquent des hémorrhagies fournies par une simple branche parotidienne, qui indique assez que cette artère avait été ouverte à son origine ou bien près de la carotide, me font penser qu'une grande partie de l'organe a été extirpée.

Je reviendrai plus bas sur les hémorrhagies observées chez Vivier.

Seconde Observation.

Un ouvrier des mines de lignite de Fuveau, âgé de 32 ans, de petite stature, mais sanguin et plein de vigueur et de courage, vit se former, il y a huit ans, au-devant du lobule de son oreille gauche, une tumeur qui, de ce point, s'étendit plus bas dans la région parotidienne : cette tumeur était d'abord peu volumineuse et tout-à-fait indolente. En 1832, le malade se mit entre les mains d'un charlatan, qui, croyant avoir affaire à un kyste, voulut le détruire au moyen du caustique : ce traitement fut sans résultat. Le mal resta quelque temps stationnaire, mais depuis trois ans il a fait des progrès considérables; tous les fondants ont été employés sans succès. Enfin, son médecin, pensant qu'une opération pouvait seule le guérir, l'adressa à M. Goyrand. Voici dans quel état il fut trouvé :

La tumeur s'étend de la base de l'apophyse zygomatique à un pouce au-dessous de l'angle maxillaire, se porte en avant jusque près le bord antérieur du muscle masséter, recouvre en arrière le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et de l'apophyse mastoïde, soulève fortement le lobule de l'oreille, est en rapport avec la partie inférieure de la conque de l'oreille et le conduit auditif qu'elle soulève aussi, fait un relief choquant derrière la joue, et s'engage profondément dans la fosse postéro-maxillaire et dans la région de la glande sous-maxillaire. La partie supérieure de cette tumeur a une surface égale; la moitié inférieure de sa portion parotidienne est formée de lobes ovoïdes distincts, séparés par des tissus indurés. Enfin, ces lobules, évidemment formés par des ganglions lymphatiques engorgés, semblent constituer seuls la partie sous-maxillaire. La peau qui recouvre la partie supérieure de la tumeur présente les traces du caustique qui y fut appliqué il y a quelques années : ce sont de larges cicatrices sans froncement de la peau. Dans ce point la peau est peu mobile sur la tumeur, dans les autres points elle est très-mobile; la tumeur, peu mobile à sa partie supérieure, l'est tellement à sa partie inférieure, que quand le malade incline fortement la tête sur le côté correspondant, elle est chassée des fosses qu'elle occupe et fait une saillie bien plus considérable.

Les ganglions qui forment la partie inférieure de la tumeur sont très-mobiles les uns sur les autres. Depuis quelques mois, le malade se plaint d'élancements jusqu'à présent assez rares. On conseille l'usage de l'iode à l'intérieur, et les frictions avec la pommade à l'iodure de plomb : ce traitement est sans effet. Le malade demande instamment l'opération : elle est pratiquée le 13 juillet 1835.

Cet homme tenait à ce que l'opération lui laissât le moins possible de difformité. Voici comment il y a été procédé : l'incision, commencée au-dessus de la tumeur, a d'abord été dirigée parallèlement à l'arcade zygomatique ; puis elle a été courbée selon le contour du prolongement pré-auriculaire, pour être dirigée après perpendiculairement au-devant du fibro-cartilage de l'oreille ; ensuite elle a été dirigée de nouveau horizontalement au-dessous du lobule de l'oreille, et a fini par décrire une grande courbe à concavité antérieure, passant sur la face externe du muscle sterno-mastoïdien, et venant se terminer sous la base de la mâchoire, en avant de la partie sous-maxillaire de la tumeur. L'incision décrivait ainsi un grand demi-cercle, échancré à sa partie supérieure pour contourner l'insertion du lobule de l'oreille. Le grand lambeau tracé par l'incision a été disséqué d'arrière en avant ; il était simplement cutané à sa partie supérieure, et doublé inférieurement par quelques faisceaux du peaucier ; il a été renversé sur sa base. La tumeur a été ainsi toute à découvert ; la peau cicatrisée qui la couvrait supérieurement, était unie à elle par des liens fort résistants, mais ne se confondait pas avec elle. La tumeur a été détachée d'abord de haut en bas, puis d'avant en arrière, d'arrière en avant, et enfin de bas en haut, jusque vers le fond de la fosse qui sépare la branche de la mâchoire du sterno-mastoïdien. Pour détacher la partie inférieure, il a fallu couper la veine jugulaire externe qui en sortait : ce vaisseau a été divisé bien bas, afin qu'en se rétractant, son bout inférieur se cachât sous la peau. Dans la dissection de la partie profonde, le tranchant du bistouri fut toujours dirigé vers la tumeur. La partie inférieure de la tumeur parotidienne, formée principalement de ganglions engorgés très-mobiles, a été détachée plus facilement que la partie supérieure ; cinq ou six artères ont été ouvertes et liées dans cette dissection ; enfin, au centre de la fosse postéro-maxillaire,

la tumeur tenait encore par un pédicule ayant à peu près trois lignes d'épaisseur et formé de tissu sain ; une ligature en masse fut pratiquée sur ce pédicule avant sa section, dans la crainte qu'il ne contînt quelque vaisseau d'un fort calibre.

Restait la tumeur sous-maxillaire, qui, bien qu'elle parût continue à la précédente avant l'opération, en était séparée par un feuillet cellulo-fibreux bien distinct. Ce fascia ayant été incisé, une nouvelle tumeur à plusieurs lobes mobiles fut mise à découvert, et détachée sans difficulté. La fosse sous-maxillaire a été complétement vidée ; plusieurs petites artères ont encore été ouvertes et liées dans ce temps de l'opération. Il restait au-dessous, sur le trajet des grands vaisseaux du cou, trois ganglions engorgés : en tirant en bas la peau qui formait les limites inférieures de la plaie, on a pu les saisir avec l'airigne et les extirper ; ils ne tenaient que par des liens très-lâches. La tumeur enlevée, on a détaché encore quelques tissus suspects, entre autres une petite portion du prolongement supérieur qui était restée au-devant du conduit auditif. Dans ce dernier temps de l'opération, l'artère temporale fut ouverte à son origine, et liée aussitôt.

La plaie n'a été pansée qu'une heure après l'opération ; aucun nouveau vaisseau n'a dû être lié. Le creux postéro-maxillaire présentait un vide profond ; le lambeau a été appliqué sur la plaie, et les rapports des parties ont été assurés par quatre points de suture, dont un a été placé au-devant du conduit auditif, à l'endroit où la plaie changeait de direction pour la première fois ; un second, sous le lobule de l'oreille ; un troisième, sur la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien, au point où commençait la grande courbe régulière ; et le quatrième, à la partie moyenne de cette grande courbe. Une mèche de charpie, qui allait jusque dans le fond de la fosse postéro-maxillaire, fut placée dans la partie inférieure de la plaie. Enfin, le lambeau a été appliqué, par une compression méthodique, sur les surfaces sous-jacentes.

DISSECTION DE LA TUMEUR.

La moitié supérieure de la tumeur parotidienne était formée par la glande salivaire dégénérée ; sa moitié inférieure était constituée par des

ganglions lymphatiques engorgés, formant des lobes distincts et entourés d'innombrables granulations, tout-à-fait saines, de la glande parotide. Nous avons pu nous convaincre que la glande salivaire avait été enlevée presque en entier. La partie de la tumeur, extraite du creux postéro-maxillaire, conservait la forme de ce creux, la forme de l'angle interne du prisme formé par la parotide; d'ailleurs, l'erreur dans ce cas n'était pas possible, car le tissu de la moitié inférieure de la glande était sain, et seulement écarté par les ganglions dégénérés. En examinant la tumeur, nous avons bien distingué le conduit de Sténon, l'anastomose qui a lieu dans l'épaisseur de la partie inférieure de la parotide entre la veine jugulaire externe et une branche de l'interne, et la branche cervico-faciale du nerf facial. M. Goyrand conserve cette pièce pathologique.

La tumeur sous-maxillaire était toute formée de ganglions engorgés et dégénérés comme ceux de la région parotidienne; la glande sous-maxillaire, soulevée et entourée par ces ganglions, ne pouvait en être distinguée pendant la dissection, et a été enlevée quoique tout-à-fait saine.

Les tissus qui formaient la tumeur n'étaient nullement tuberculeux; ils étaient durs, d'un gris-jaunâtre, sans ramollissement, et nous ont paru squirrheux.

L'opération a été supportée avec courage; les accidents inflammatoires ont été à peu près nuls. Le 14, le malade se plaignait de douleurs dentaires, et d'une douleur au pharynx qui rendait la déglutition difficile. (Saignée.) Le 15, fièvre nulle; déglutition facile; l'appétit se fait sentir. (Bouillons.) Le 16, deux potages. Le 17, l'appareil exhale une odeur qui incommode le malade; il est renouvelé sans que les bandelettes soient touchées. Le 18, suppuration abondante et sanguinolente; les bandelettes sont changées, et les fils de suture enlevés; le lambeau est recollé en grande partie. Le 22, toutes les ligatures sont tombées, à l'exception de celle de l'artère temporale, et de celle qui a été appliquée sur le pédicule de la grande tumeur; de légères tractions, exercées sur la première au pansement du soir, donnent lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang vermeil. La nuit suivante, à trois heures du matin, hémorrhagie; un sang vermeil, suintant à travers l'appareil, s'écoule à gouttes précipitées: cet écoulement s'arrête spontanément

après quelques minutes. Arrivé auprès du malade, M. Goyrand enlève l'appareil et tamponne sur la petite ouverture par où le sang a coulé. Le 23 à midi, nouvelle hémorrhagie arrêtée par le même moyen; à dix heures du soir, troisième hémorrhagie : l'écoulement du sang se fait par la petite ouverture qui contient la ligature de la temporale. Cette ouverture est à la partie inférieure d'une tumeur semi-sphérique, ayant huit lignes de diamètre et trois lignes de saillie, et dans laquelle le doigt perçoit partout des pulsations isochrones au pouls. Cette tumeur est incisée dans toute sa hauteur; le sang jaillit avec force de bas en haut; la petite tumeur est vidée de tout le sang qu'elle contient, et une compression directe est exercée sur l'orifice du vaisseau au moyen de boulettes de charpie, de compresses épaisses et d'une longue bande. Le séjour au lit et le silence sont recommandés; on ne donne au malade que des aliments liquides. Le tamponnement est renouvelé le 26, le 28, le 30 et le 1er août.

Le 3 août, la petite plaie dans laquelle le tamponnement a été exercé, est toute couverte de bourgeons charnus de bonne nature; il n'y a plus le long du bord du lambeau que deux ouvertures étroites, par où pullulent quelques bourgeons charnus qui sont déprimés avec le nitrate d'argent. (Pansement simple; plus de tamponnement.)

Le 5 août, le malade s'ennuie à la ville; il part, bien que la plaie du tamponnement ne soit pas encore cicatrisée, et que la ligature de l'artère temporale, qui a sans doute embrassé quelques tissus fibreux, ne soit pas tombée.

Le 15, on écrit que la plaie est toute cicatrisée, et que le malade va reprendre ses travaux habituels.

J'ai revu le malade il y a peu de temps (en avril 1838); il est très-bien portant; sa cicatrice est toute linéaire, si ce n'est dans le point où fut exercé le tamponnement; l'angle gauche des lèvres et la partie inférieure du côté gauche de la face ne prennent aucune part aux mouvements qui agitent la figure dans la conversation, dans le rire. Cet homme n'a pas été incommodé par les effets qu'a dû avoir l'extirpation des deux glandes sur la sécrétion de la salive.

Les lésions organiques qui peuvent nécessiter l'extirpation, affectent, en général, une forme arrondie. Quand les organes glanduleux sont atteints de squirrhe, le plus souvent leurs angles saillants restent sains pendant long-temps : ainsi, on voit souvent une tumeur squirrheuse se former au centre de la mamelle, et prendre ensuite un grand développement sans que la circonférence de l'organe participe à l'altération. Un organe dont les lobules et les granulations sont bien distincts, et réunis par des liens celluleux lâches comme les glandes salivaires, doit, plus souvent qu'un autre, n'être affecté que partiellement de dégénération squirrheuse; et on conçoit que le prolongement que la parotide envoie vers l'apophyse styloïde, étant une des parties les plus excentriques, devra être aussi une des dernières envahies par la lésion organique. Ce prolongement est cependant la seule partie de la parotide, dont l'extirpation expose à des dangers réels, à cause de ses rapports avec la carotide externe. Les parties profondes de la glande sont les seules dont l'extirpation entraîne la section du nerf facial : ainsi s'expliquent ces extirpations de la parotide qui ont été opérées presque sans effusion de sang, et qui n'ont point été suivies de la paralysie du côté correspondant de la face [Nœgelé (1); Idrac (2), Eulenberg (3)]. Il suffit, en effet, que le prolongement pharyngien de l'organe reste en place, pour que l'artère carotide externe ne soit point lésée. Si le bord pharyngien et les granulations les plus profondes de la partie antérieure de l'organe ne sont pas enlevés, le nerf facial restera intact; les cinq sixièmes de la glande parotide peuvent être emportés sans lésion de l'artère et du nerf.

Quand on entreprend l'extirpation d'une tumeur ayant son siége à la région parotidienne, le plus souvent on n'a que des données incertaines sur l'étendue du prolongement qu'elle envoie dans la fosse postéro-maxillaire. On doit, dans tous les cas, prendre toutes les précautions qu'exigerait

---

(1) *Eydelberg annales klinische*, 1826 (trad. par les archives, tom. 13, pag. 276).

(2) Ephémérides médicales de Montpellier.

(3) *Rust magasin* (trad. par la Gazette des hôpitaux, 1836, pag. 345).

l'éradication complète de la parotide : voici comment on peut procéder à l'opération.

L'incision de la peau variera suivant les cas. L'incision simple sera ordinairement insuffisante si elle est rectiligne; on la rendra suffisante et commode, en lui faisant décrire un arc de cercle plus ou moins étendu suivant le volume et la forme de la tumeur. Cette incision courbe, qui fait de toute la peau de la tumeur un lambeau propre à recouvrir très-exactement la surface de la plaie après l'opération, ne laisse qu'une cicatrice linéaire très-peu apparente, avantage qui n'est pas à dédaigner dans cette opération; j'avouerai cependant, que s'il survenait une hémorrhagie par le fond de la fosse parotidienne, dans un cas semblable à celui qui fait le sujet de ma seconde observation, le lambeau pourrait devenir fort embarrassant. S'il fallait tamponner dans ce cas comme il a été fait chez Vivier, on ne le pourrait qu'après avoir renversé le lambeau sur sa base, et il faudrait le retenir long-temps dans cet état d'écartement. Pendant ce temps le lambeau subirait une forte rétraction, serait peut-être frappé de gangrène, et la cicatrice serait ensuite large et difforme. Aussi, quoique ce procédé ait donné des résultats satisfaisants dans la seconde observation, conseillerai-je de n'avoir recours à l'incision courbe simple que dans le cas où il n'est pas nécessaire de lui donner une grande courbure pour circonscrire le lambeau. Ainsi, dans la première observation, le lambeau n'a apporté aucunegêne au tamponnement; mais dans des cas analogues à celui de la seconde, l'incision en T mériterait, je crois, la préférence. On la pratiquerait de la manière suivante : une incision semi-elliptique, à concavité antérieure mesurerait le diamètre vertical de la tumeur; ses deux extrémités seraient en avant de celles de la tumeur, et l'incision répondrait par la plus grande partie de son étendue à la fosse postéro-maxillaire; l'autre branche de l'incision, naissant du milieu de la convexité de la première, se porterait en arrière et serait prolongée de quelques lignes au-delà des limites correspondantes de la tumeur. Trois lambeaux résulteraient de cette incision : l'antérieur, semi-elliptique et assez étroit, serait renversé sur la joue; les deux autres, postérieurs, seraient anguleux. La crainte des hémorrhagies consécutives est le seul motif qui me porte à préférer, dans

certains cas, l'incision en T à l'incision courbe simple. Il paraîtra peut-être peu rationnel d'appliquer un mince lambeau sur un creux profond, avec la surface duquel il ne peut avoir qu'un contact très-imparfait; mais à la face, où la vie est si active, cette disposition ne retarde même pas la guérison, pourvu qu'on ménage, à la partie inférieure, une issue facile aux liquides qui s'écoulent des parties traumatiques. Si la tumeur était ulcérée, adhérente, ou seulement très-volumineuse, on circonscrirait par des incisions, dont la disposition serait autant que possible accommodée à la forme de la tumeur, un lambeau de peau qu'on enlèverait avec elle. Quoi qu'il en soit, l'incision doit s'étendre par ses extrémités à quelques lignes au-delà du squirrhe; ses bords ou les lambeaux qu'elle forme seront disséqués de manière à laisser la surface cutanée de la tumeur entièrement à découvert.

Dans la dissection de la tumeur, le chirurgien doit surtout avoir en vue d'éviter la lésion de l'artère carotide externe et du nerf facial, si ces parties ne sont pas comprises dans le squirrhe; et de prévenir l'hémorrhagie qui pourrait se faire par la carotide quand la lésion de ce vaisseau est inévitable : dans ce but, la tumeur sera détachée de tous les points de sa circonférence vers la partie moyenne de la fosse parotidienne, en commençant par la partie supérieure. Pendant la dissection, on tirera fortement la tumeur en-dehors avec l'airigne, et on la détachera, s'il est possible, avec le manche du scalpel ou un autre instrument mousse, et en déchirant, au lieu de couper, les liens celluleux qui la retiennent. Si ces tissus sont trop résistants pour que l'on puisse ainsi les déchirer, on les coupera en dirigeant le tranchant du bistouri vers le squirrhe. Avec ces précautions, les parties profondes de la glande seront laissées en place si elles sont saines. En ce cas, l'artère carotide externe ne sera point lésée, le nerf facial échappera ordinairement à l'action du bistouri, l'opération n'entraînera qu'une effusion de sang peu considérable, et tous les mouvements de la face seront conservés. Si la parotide est extirpée en entier, je crois que, quoi qu'en ait dit M. Nœgelé, la lésion du nerf facial et de la carotide externe est inévitable. Dans ce cas, en détachant la partie supérieure de la tumeur, on divisera l'artère temporale, la faciale transverse, la maxillaire interne et l'auriculaire postérieure. L'écoulement du sang fourni par ces

artères n'aura rien d'inquiétant ; en effet, le bout de ces vaisseaux, qui restera béant dans la plaie, aboutit au système capillaire et ne saurait donner beaucoup ; quant à l'autre bout, d'où jaillira le sang, il sera ordinairement facile de le lier à la surface de la tumeur, et si cette ligature présentait des difficultés, on arrêterait l'hémorrhagie en liant en masse à sa base la portion de la tumeur déjà détachée. Quand les vaisseaux que je viens de nommer auront été ouverts, on devra ordinairement supposer que la carotide externe est comprise dans la tumeur, et cette artère sera alors le seul vaisseau important qu'il reste à lier. On détachera le squirrhe de bas en haut, d'arrière en avant et d'avant en arrière, jusque dans la fosse parotidienne, toujours avec les précautions déjà indiquées. Quand la tumeur sera ainsi isolée de toutes parts, on la saisira avec des airignes, pour la dégager autant que possible du creux parotidien, et avec des instruments mousses, en déchirant les tissus, on amincira autant qu'on le pourra, sans léser l'artère, le pédicule qui retient encore la tumeur et dans lequel la carotide externe est contenue ; enfin, on liera ce pédicule avant de le couper.

Si, dans la dissection, la carotide externe était lésée, la ligature en serait ordinairement facile, car la dissection l'aurait mise à découvert ; ainsi, M. Gensoul, ayant, dans une de ses opérations, ouvert la carotide en disséquant la tumeur de bas en haut, lia le vaisseau sans difficulté (1).

Telles sont les précautions par lesquelles on évitera les dangers de l'hémorrhagie primitive ; sans pratiquer, comme le conseillent Carmichaël et M. Bégin (2), comme l'ont fait Goodlad et V. Mott (3), la ligature préalable de la carotide primitive ou de la carotide externe ; sans placer, à l'exemple de M. le professeur Roux (4), autour du vaisseau, une ligature d'attente, qu'on lierait en cas d'hémorrhagie. La ligature préalable de la

---

(1) Pillet, thèse inaugurale, Paris, 1828.

(2) Diction. de méd. et de chir. pratiques, art. *Cancer*.

(3) *The american journal of the medical sciences*, mai 1832 (trad. par les archives, tom. 30, pag. 408, année 1832).

(4) Académie royale de médecine, séance du 3 mars 1835.

carotide complique et aggrave l'opération ; mais les autres procédés auxquels a donné naissance la crainte de l'hémorrhagie, ont des inconvénients bien plus graves : ainsi, je ne rappellerai que pour mémoire la ligature en masse de la parotide conseillée par Roonhuysen ; le conseil donné par Desault et Chopart, de n'enlever avec le bistouri que la partie extérieure de la tumeur, et d'en détruire la partie profonde par le caustique. Enfin, il se trouvera, je crois, peu de chirurgiens qui imitent la conduite de M. Heyfelder (de Trèves), qui, pour éviter la lésion de la carotide, laissa dans le fond de la fosse postéro-maxillaire une couche du tissu squirrheux de la parotide (1). Si ce praticien eût eu affaire à une lésion organique de nature cancéreuse, la récidive eût été inévitable.

Les hémorrhagies qui surviennent pendant l'opération, ne sont pas les seules qu'on ait à craindre dans l'extirpation de la parotide ; on a vu dans mes deux observations, des hémorrhagies secondaires qui auraient bien pu compromettre le succès de ces deux opérations. Les hémorrhagies secondaires pourraient survenir dans le cas d'éradication complète de la parotide, au moment de la chute de la ligature de la carotide externe. Pour prévenir l'accident dans ce cas, on aura soin de lier l'artère le plus loin possible de son origine : ainsi, après avoir isolé le pédicule qui la contient, on étreindra ce pédicule tout près de la tumeur, afin de laisser au bout d'artère lié le plus de longueur possible ; car, si cette ligature était appliquée tout près de la bifurcation de la carotide primitive, la circulation qui continuerait dans la carotide interne, entretiendrait la fluidité du sang contenu dans le bout d'artère lié, et à la chute de la ligature le sang pourrait couler. Cette hémorrhagie serait souvent mortelle, avant même que le chirurgien eût pu arriver auprès du malade ; s'il n'en était point ainsi, la ligature de la carotide primitive pourrait seule, dans ce cas, sauver le malade.

Dans les cas d'extirpation partielle de la parotide, les hémorrhagies proviennent ordinairement des petites artères parotidiennes ; pour prévenir celles qui pourraient avoir lieu primitivement, il faudra, comme le pra-

(1) *Medicinische*, Annales par Puchelt, Chélius et Nægelé (Gazette méd., 1837, pag. 361).

tiquait Dupuytren dans toutes ses opérations, ne faire le pansement qu'une heure ou même deux heures après l'opération. Dans cette région, on découvrira, pendant ce laps de temps, beaucoup plus d'artères qu'il ne s'en montre ailleurs; on le concevra si on considère que ces artères étant coupées très-près de leur origine, le caillot qui s'y forme pendant que la circulation est ralentie par le spasme, devra être facilement déplacé et entraîné par un jet de sang, au moment où la circulation reprendra son énergie accoutumée. Quant aux hémorrhagies consécutives qui pourront être fournies par ces petits vaisseaux, comme chez Vivier, un pansement méthodique, consistant dans un rapprochement exact des parties, assuré par la suture et une compression modérée, pourra souvent les prévenir; mais, quand elles surviendront, je ne pense pas qu'on puisse opposer à cet accident un moyen plus efficace que le tamponnement renouvelé chaque jour, qui a si bien réussi chez le sujet de ma première observation.

On se demandera peut-être comment l'ablation partielle de la parotide peut n'être pas suivie d'une fistule salivaire. La chose est incontestable; les deux observations qui précèdent en font foi; celles de Nœgelé, d'Eulenberg, d'Idrac, d'Heyselder, etc., qui ne sont que des cas d'extirpation partielle de l'organe, puisqu'elles ont été faites sans lésion de l'artère carotide externe, et qu'elles n'ont pas été suivies de paralysie permanente d'un côté de la face, ne laissent aucun doute à cet égard; car, dans aucun de ces cas, il n'y a eu de fistule salivaire.

Quant à l'explication physiologique de ce fait, la voici : dans le cas où le conduit de Stenon est enlevé avec la plus grande partie de la parotide, et où l'on ne laisse en place que la partie la plus profonde de l'organe, les granulations qui restent doivent s'atrophier et cesser de sécréter la salive. On concevra sans peine cette atrophie des granulations profondes de la parotide, si l'on se rappelle que Morgan, et après lui Lambert et Key, ont déterminé l'atrophie du testicule par l'excision d'une portion du canal déférent (1).

(1) Ces chirurgiens anglais veulent qu'on substitue cette opération à la castration dans les cas de sarcocèle. (Velpeau, Médecine opér., tom. 3.)

Pour les cas où la plus grande partie de la glande reste en place avec le conduit de Stenon, la physiologie explique encore l'absence de la fistule. Il faudrait, pour qu'elle eût lieu, qu'une branche du conduit excréteur fût lésée, les lobules d'où provient cette branche restant intacts et continuant de sécréter; or, les conduits excréteurs des lobules qui par leur réunion vont former le conduit de Stenon, sont situés vers le centre de l'organe, tandis que les lobules occupent la circonférence. On conçoit donc que dans la plupart des cas il n'y aura de lésés que les conduits excréteurs des lobules qui seront enlevés, conduits qui ne charrieront plus de salive. Au reste, s'il existait après l'ablation partielle de la parotide une fistule salivaire, on pourrait la guérir par des moyens que je ne puis indiquer ici sans sortir de mon sujet.

Enfin, la paralysie du côté correspondant de la face, inévitable dans les cas où on enlèvera avec la tumeur une portion du nerf facial, sera incurable; car les fonctions du nerf respirateur de la face (facial) diffèrent essentiellement de celles de la cinquième paire, et les branches de celle-ci ne sauraient dans aucun cas suppléer le premier. J'ai vu plusieurs sujets atteints de paralysie de la face par lésion du nerf facial; et dans les cas où la lésion du nerf a persisté, la paralysie n'a jamais cessé. Chez le sujet de la deuxième observation, la paralysie est aujourd'hui ce qu'elle était le jour de l'opération; et je crois pouvoir affirmer que dans les cas où l'on a prétendu que la paralysie, existant d'abord, avait diminué après 25 ou 30 jours, disparu plus tard (1), on a pris pour une paralysie l'immobilité qui accompagne toujours le gonflement inflammatoire d'un des côtés de la face.

L'extirpation de la glande sous-maxillaire et des ganglions lymphatiques qui l'entourent, ne présente ni grandes difficultés, ni dangers sérieux. Quand la tumeur à enlever sera toute située dans la région sous-maxillaire, on pourra la mettre à découvert en détachant la peau en un lambeau semi-elliptique ou semi-circulaire, à base supérieure; si elle est très-volumineuse, l'incision en T pourra être préférable. La tumeur devra être disséquée à sa partie postérieure, avec les précautions indiquées pour l'extir-

---

(1) Heyselder, *loc. cit.* Fonthein cité par Velpeau, Méd. opér., tom. 2, pag. 176.

pation de la parotide ; car, dans ce point, elle répond aux artères carotide externe et carotide interne. L'artère faciale est en rapport avec la partie postérieure et supérieure de la tumeur, et pourrait bien être lésée dans la dissection; mais la ligature de ce vaisseau ne serait jamais bien difficile.

La plaie résultant de l'extirpation de la glande ou des ganglions sous-maxillaires, devra être pansée d'après les mêmes principes que celle qui résulte de l'extirpation de la parotide : une mèche, placée dans le point le plus déclive, favorisera l'écoulement du pus ; les bords de l'incision de la peau seront maintenus en contact par la suture ; et les lambeaux cutanés seront soumis à une compression légère, qui aura pour but d'appliquer, aussi exactement qu'on le pourra, leur surface saignante au fond du creux sous-maxillaire.

FIN.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Caractères généraux des quadrumanes, leur classification; comparer ces animaux à l'espèce humaine.

On a établi quatre grandes divisions du règne animal : les vertébrés, les mollusques, les articulés et les rayonnés. Les premiers ont été subdivisés en quatre classes, dans la première desquelles nous trouvons l'ordre des quadrumanes, qui seuls doivent nous occuper un instant.

Les quadrumanes, animaux d'une stature difficile à déterminer (depuis un pied et demi jusqu'à cinq), ont le corps ordinairement couvert de poils; leur angle facial varie de trente à soixante-cinq degrés; ils présentent, à l'extrémité inférieure de leurs membres, tant abdominaux que thoraciques, le doigt interne libre et opposable aux autres doigts; de sorte que l'on pourrait dire qu'ils sont munis de quatre mains, et c'est même ce qui leur a fait donner le nom de *quadrumanes*. Mais en examinant avec attention ces prétendues mains, on ne tarde pas à trouver qu'elles diffèrent essentiellement de celles de l'homme; nous trouvons chez ce dernier des doigts plus longs, plus flexibles, et le pouce qui leur est opposable peut s'appliquer plus facilement contre l'extrémité de la face palmaire des autres doigts. Ils ont tous les mamelles situées sur la poitrine, les yeux dirigés en avant ou du moins obliquement; leur marche est quadrupède, quoique la liberté de leurs avant-bras et la complication de leurs mains leur permettent beaucoup d'actions et de gestes étendus.

L'ordre des quadrumanes a été divisé en trois genres : les singes, les ouistitis, et les makis ou lémuriens.

Premier genre. Les singes ont, à chaque mâchoire, quatre dents incisives verticales, et à tous les doigts, des ongles plats; ils ont, comme nous, des

tubercules mousses à leurs molaires, mais leurs canines, dépassant les autres dents, diffèrent des nôtres. On les subdivise en deux principaux sous-genres, qui présentent eux-mêmes des groupes nombreux.

Premier sous-genre. Les singes proprement dits ou de l'ancien continent ont le même nombre de mâchelières que l'homme : l'os hyoïde, le foie et le cœcum se rapprochent assez de ceux de ce dernier. Ils comprennent les orangs, les guenons, les babouins, les magots, les macaques, les cynocéphales, les mandrils et les pongos : ces différents groupes diffèrent entre eux par certains caractères qui ont servi à leurs subdivisions.

Deuxième sous-genre. Les sapajous ou singes d'Amérique ont quatre mâchelières de plus que les autres, trente-six dents en tout ; la queue longue ; leur gros intestin est moins boursoufflé, et leur cœcum plus long et plus grêle que dans les précédents.

Deuxième genre. Les ouistitis ressemblent assez aux singes d'Amérique, mais n'ont que vingt mâchelières comme les singes de l'ancien continent; leurs canines sont obliques et proclives, et diffèrent en cela de celles des singes; ils sont remarquables par leurs ongles comprimés et crochus comme des griffes : leurs pouces de devant s'écartent très-peu des autres doigts.

Troisième genre. Enfin, les makis ou lémuriens portent, à l'une ou à l'autre mâchoire, des incisives en nombre différent de quatre, et disposées autrement que chez le singe ; ils comprennent les makis proprement dits, les indris, les loris, les galagos et les tarsiers.

Ces animaux se rapprochent de l'homme par leurs formes extérieures et par leur structure intérieure : ainsi, le singe présente comme lui des ongles plats à tous ses doigts, quatre dents incisives droites à chaque mâchoire, des tubercules mousses à ses molaires ; son cerveau est composé de trois lobes de chaque côté, dont le postérieur recouvre le cervelet.

Cependant les quadrumanes sont loin d'atteindre le degré de perfectibilité de l'homme. Chez celui-ci nous trouvons un développement plus grand et une structure plus parfaite du cerveau ; son angle facial se rapproche beaucoup plus de l'angle droit, circonstances qui ne sont pas de peu de valeur dans l'appréciation des causes de la supériorité de son intelligence ; il n'a de mains qu'aux membres thoraciques, et ces mains présentent toutes

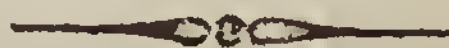
les conditions nécessaires à la perfection du toucher et à la préhension même des plus petits objets : tout, dans ses membres abdominaux, est disposé pour la station verticale ; ses pieds sont larges, le talon est renflé en dessous, le pouce très-gros et plus long que les autres doigts ne leur est point opposable. Chez les quadrumanes, au contraire, tout est disposé pour que les membres antérieurs servent aux mêmes usages que les membres postérieurs ; aussi les voyons-nous les uns et les autres employés à la locomotion. L'homme est le seul vraiment bimane et bipède.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des différentes espèces de difformités composées de l'épine; des caractères généraux de cet ordre de difformités.

La colonne vertébrale ne décrit point une ligne droite, diverses inflexions s'y rencontrent : une convexité au cou, une concavité au dos, une seconde convexité aux lombes se voient antérieurement ; trois courbures en sens opposé se rencontrent en arrière ; outre ces courbures, il y en a assez ordinairement une latérale, au niveau de la région dorsale, et du côté gauche. Plusieurs causes peuvent exagérer ces courbures naturelles, qui alors constituent une véritable difformité. Ces causes sont : l'habitude de se tenir souvent et pendant long-temps courbé en avant, surtout à une époque où l'accroissement se fait d'une manière rapide ; la force inégale des muscles qui entourent la colonne vertébrale ; la faiblesse de ces mêmes muscles ; une vieille affection rhumatismale qui a porté son action sur les tissus fibreux, tant musculaires que ligamenteux. Ces courbures qui suivent les inflexions naturelles du rachis, et qui ne sont quelquefois que l'effet passager d'une habitude, peuvent devenir une conformation vicieuse, qu'il

est souvent impossible de détruire ; mais cette difformité n'est pas la seule. Il y a aussi des courbures latérales vicieuses qui ont une influence très-puissante et en même temps très-funeste sur les principales fonctions physiologiques, telles que la respiration, la circulation, etc. ; elles ont le plus souvent pour cause le ramollissement des vertèbres par suite de l'affection connue sous le nom de *rachitis*, et présentent le phénomène remarquable que, dès qu'il existe une courbure dans un sens à une région, les autres régions en présentent bientôt d'autres en sens alternativement inverse. Supposons, par exemple, qu'une courbure se détermine dans un point quelconque de l'étendue du rachis, soit à la portion cervicale à droite, bientôt, pour soutenir le centre de gravité, la région dorsale se courbe à gauche, et par suite la région lombaire à droite. Le plus ordinairement la colonne vertébrale est contournée de manière que le dos présente une convexité à droite ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et cette convexité peut avoir lieu à gauche et même dans tous les sens. Ces déviations amènent des changements très-remarquables dans la conformation du thorax et de l'abdomen : ainsi, les côtes correspondantes à la partie convexe de la colonne sont plus élevées, leur courbure est plus considérable; elles soulèvent l'épaule, qui paraît plus forte que celle du côté opposé; ces mêmes côtes sont écartées les unes des autres, et les espaces intercostaux ont augmenté de volume; les côtes, au contraire, qui correspondent à sa concavité, sont aplaties en arrière, et l'épaule est déprimée de ce côté; leur courbure antérieure est plus marquée, ce qui produit une bosse qui est opposée à celle du dos. Toutes ces courbures concourent à diminuer la hauteur totale du tronc; la poitrine et l'abdomen ont donc moins de capacité, et les organes qu'ils contiennent sont considérablement gênés dans leurs fonctions : de là résulte une infinité de maladies auxquelles sont prédisposés les malheureux atteints de semblables difformités.



SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les symptômes et le traitement des ulcères scorbutiques?

On appelle *ulcère*, toute solution de continuité de nos tissus avec perte de substance, tendant constamment à s'accroître, et entretenue par un vice local ou une cause interne. Parmi les ulcères appartenant à cette dernière cause, nous plaçons les scorbutiques, qui ne sont jamais que la manifestation d'une affection qui consiste dans une viciation des liquides et des solides. Cette maladie, quand elle est parvenue à sa deuxième période, donne lieu à des ecchymoses spontanées qui se déchirent et constituent des ulcères: c'est surtout aux gencives et aux jambes que ces phénomènes ont lieu.

Les symptômes qui les caractérisent sont fournis par les circonstances commémoratives, par les signes ordinaires du scorbut, et par les caractères particuliers de l'ulcère.

Circonstances commémoratives. Il faudra examiner si le malade est faible et mal constitué; s'il a fait de longs voyages sur mer; s'il a habité long-temps des lieux froids, humides, marécageux et malsains; s'il a été soumis à une mauvaise alimentation; s'il a été en proie à des chagrins profonds, à la misère, etc.

Signes ordinaires du scorbut. Les signes de la maladie qui entretiennent ces ulcères, existent presque toujours en même temps qu'eux; ce sont: des lassitudes spontanées, des douleurs plus ou moins vives dans les membres, un affaiblissement notable des forces digestives; la surface du corps, et notamment les membres inférieurs, sont couverts de petites taches noirâtres ou d'ecchymoses plus ou moins larges; la face est pâle et décolorée; les gencives molles, saignant à la moindre pression; les dents noires, ébranlées; l'haleine fétide.

Les caractères particuliers de l'ulcère sont: d'être brun, noirâtre, fongueux, presque indolore; de fournir une matière sanieuse, fétide,

mêlée avec du sang qui se colle à sa surface et forme une croûte difficile à détacher ; ses bords sont ordinairement d'une couleur livide, et gonflés par des chairs baveuses qui s'élèvent au-dessus de la peau. A mesure que la maladie fait des progrès, il s'élève du fond de cet ulcère un fongus mollasse, sanguinolent, et qui en peu de temps acquiert une grosseur prodigieuse.

Traitement. Graves en ce sens qu'ils indiquent que la maladie est déjà arrivée à un très-haut degré, les ulcères scorbutiques guérissent cependant assez facilement quand on peut combattre la cause qui les entretient. Les indications principales que le médecin devra remplir, seront donc de soustraire les malades aux influences des causes qui ont déterminé cette affection, pour l'exposer à un air pur, sec et chaud ; de le soumettre à une nourriture presque exclusivement végétale, à l'usage de substances suffisamment nutritives, mais légères et faciles à digérer, enfin à l'emploi des moyens dits anti-scorbutiques dont l'expérience a démontré l'efficacité ; en tenant compte néanmoins de son tempérament, de son idiosyncrasie et des divers phénomènes concomitants. Quant à l'état local, il ne réclame que des indications secondaires ; car ce n'est qu'à mesure que le traitement interne produit son effet, qu'on voit les ulcères se déterger, changer d'aspect et marcher vers la guérison.

SCIENCES MÉDICALES.

Etablir le diagnostic de l'herpès circinné; décrire son traitement.

On désigne en général sous le nom de *herpès*, un genre de phlegmasies cutanées, caractérisées par des groupes de vésicules enflammées à leur base, séparés, distincts, et dont la dessiccation a lieu du huitième au quinzième jour. Celui dont il est ici question se nomme *circinnatus* à cause de sa disposition en anneau; il est caractérisé par de petites vésicules globuleuses très-rapprochées, formant ordinairement des cercles ou des ovales, dont le centre est intact, et dont les bords, surmontés de vésicules, sont d'un rouge plus ou moins vif. Son siége de prédilection est au cou, aux bras ou aux épaules. Il est accompagné d'une démangeaison et d'un sentiment de fourmillement très-incommode; il apparaît sous la forme de taches d'autant plus rouges au centre qu'elles sont plus petites, présentant bientôt sur leur circonférence de petites vésicules qui se terminent après quelques jours, soit par des croûtes brunâtres et minces, soit par une légère exfoliation de l'épiderme. Cette affection n'est que très-rarement accompagnée de désordres fonctionnels généraux; elle s'observe principalement chez les enfants, les jeunes gens, les femmes et les personnes dont la peau est délicate. L'*herpès circinné*, étant la seule maladie cutanée qui se montre sous la forme d'une tache érythémateuse entourée d'une auréole de vésicules, ne peut être confondu avec aucune autre.

Traitement. On peut pratiquer une saignée aux adultes qui ne sont pas trop faibles, si la douleur est forte et la démangeaison vive; les bains tièdes et mucilagineux sont aussi préconisés. Dans tous les cas, on conseille, pour calmer la démangeaison qui accompagne le développement des vésicules, de recourir à des lotions faites avec de l'eau, dans laquelle on aura dissous du sulfate de zinc, du borate de soude et de l'alun. Les bains alcalins, les lotions salines remplissent aussi quelquefois le même but. On a obtenu de bons effets de l'application fréquemment renouvelée de linges imbibés d'eau froide, et quelques praticiens emploient avec succès la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, Prés.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL, *Examinateur.*	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN, *Suppléant.*	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RÉNÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. JAUMES, *Suppléant.*
BERTIN.	POUJOL.
BATIGNE.	TRINQUIER, *Examinateur.*
DELMAS fils	LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
VAILHE.	FRANC.
BROUSSONNET fils, *Exam.*	JALAGUIER.
TOUCHY.	BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.